

〔研究報告〕

精神療養病棟における患者の意思を尊重した地域移行支援の検討（第1報）

高橋 未来 藤澤 まこと

**Consideration of Discharge Support that Respects Patient's Opinion
in the Long-term Psychiatric Ward (First Report)**

Miku Takahashi and Makoto Fujisawa

要旨

本研究の目的は精神療養病棟における患者の意思を尊重した地域移行支援の方策（以下、方策）を考案することである。本稿は第1報として精神療養病棟から退院した患者に行われていた看護と患者の意思を尊重した地域移行支援上の一病棟での課題内容を踏まえて考案した。

精神療養病棟から退院した2事例の振り返りから精神療養病棟における患者の意思を尊重した地域移行支援案（以下、支援案）を作成した。さらに、入院が長期化している患者の受持ち看護師が感じる地域移行支援上の困難が支援案で解決可能か看護師、看護補助職員と検討し、方策を考案した。

2事例の振り返りから〔患者の強みや特徴を捉える〕〔患者の地域移行に対する興味を高める〕等の12の支援案が整理された。また、受持ち看護師が感じる地域移行支援上の困難は《患者から希望や思いの語りがなくて関係が未構築だと捉え看護師から詳しく話せない》《患者が現状からの変化を求めておらず退院を勧められない》等の13項目に整理された。13項目の困難が支援案で解決可能か検討し、15の方策が考案された。

2事例の振り返りと受持ち看護師が感じる地域移行支援上の困難から、精神療養病棟における地域移行支援にはく地域移行に向け新たな支援が必要な患者と捉えることへの困難や、く地域移行に向けた患者の意思決定を支える困難く家族に対して継続的に支援を行う困難の3特徴が考えられた。

く地域移行に向け新たな支援が必要な患者と捉えることへの困難には【患者の強みや特徴を捉える】【転入時に看護計画の評価・修正を行う】等の支援が考えられ、く地域移行に向けた患者の意思決定を支える困難に対しては【患者と家族の希望や不安を確認する】【患者の地域移行に対する興味を高める】等の支援があった。く家族に対して継続的に支援を行う困難には、【家族が患者の今後について考えられる状態であるかアセスメントする】等が考えられた。

キーワード：地域移行支援、意思の尊重、精神療養病棟

I. はじめに

日本における精神障害者への医療は長期にわたり入院治療を中心に進められてきており、社会的入院となっている長期入院患者が減少していないことが長年の課題となっている。2013年度の在院期間別構成では、入院患者の約65%は1年以上の長期入院であり（精神保健福祉白書編集委員会，2016）、長期入院患者への地域移行支援は重要と言える。

入院期間が1年から5年の患者を対象に行われた入院生活の体験を明らかにする調査では、患者には「退院できる」という自己感覚がある一方で退院への不安も存在し、その葛藤を解消するために希望を妥協して折り合いをつけたり、退院の具体化を保留している（石川，2011）。看護師は患者の希望や不安を捉えて支援することを求められているが、患者の意思を確認して具体的に支援する知識・技

術がないと感じている(石川ら, 2013)。長期入院患者の減少を図るためには、患者の心理的な葛藤を考慮しながら意思を尊重して地域移行に向けた支援を行う必要がある。

II. 目的

本研究の目的は精神療養病棟における患者の意思を尊重した地域移行支援の方策を考案することである。本稿では第1報として精神療養病棟から退院した患者に行われていた看護と患者の意思を尊重した地域移行支援上の一病棟での課題内容から、地域移行支援の方策を看護師、看護補助職員(以下、病棟職員)と検討しながら考案することを目指した。

III. 方法

筆頭筆者が研修を行った精神療養病棟から退院した事例の振り返りを行い、精神療養病棟における患者の意思を尊重した地域移行支援案(以下、支援案)を作成した。さらに、入院が長期化しつつある患者の受持ち看護師が感じる地域移行支援上の困難が支援案で解決可能か検討し、精神療養病棟における患者の意思を尊重した地域移行支援の方策を考案した。データ収集期間は、2015年7月から2016年3月であった。

1. 研修施設の概要

研修施設は精神療養病棟を有する精神科病院のうち研修ならびに研究協力の同意が得られた一施設とした。

研修病院は精神科急性期治療病棟、精神科一般病棟、精神療養病棟、認知症患者治療病棟を含む310床からなる単科の民間精神科病院で、周囲には訪問看護ステーションやデイケア等の関連施設を有している。研修病棟は日常生活動作への介助の必要が少ない患者を対象とした55床の精神療養病棟(X病棟)である。X病棟の職員数は看護師11名、看護補助職員8名で、全員から研究同意が得られた。

データ収集開始時にX病棟に入院していた患者は54名で、入院6カ月未満の患者は2名、6カ月以上1年未満は0名、1年以上5年未満は15名、5年以上が37名であった。平均在院期間は約17年3カ月であった。

2. 精神療養病棟から退院した事例の振り返りによる支援案の作成

1) 2013年度にX病棟を退院し、研究同意が得られた2事例のカルテに記載されていた看護記録をデータとした。事

例毎に実施されていた看護内容を示している部分を抽出し、内容が類似しているものを筆頭筆者が分類した。

2) 方法2.1)の結果を用いて、病棟職員と具体的な看護内容について意見交換を行い、追加データとした。意見交換の内容を意味内容が読み取れる範囲をひとまとまりとして区切り、内容が類似しているものを分類した。方法2.1)に含まれていなかった内容を看護の追加内容とした。

3) 退院した事例対象者の受持ち看護師に事例対象者の地域移行支援で大切にしていたことや支援上の困難を聞き取り、データとした。データを意味内容が読み取れる範囲をひとまとまりとして区切り、要約した内容をコードとしてカテゴリ化した。

4) 各事例の方法2.1)～3)の結果を病棟職員と共有し、事例における患者の意思を尊重した地域移行支援上の有用な支援と課題の意見交換を行った。意見交換で話し合われた内容をデータとし、意味内容が読み取れる範囲をひとまとまりとして区切り、要約した。方法2.1)～3)に含まれていなかった有用な支援内容と課題をコードとしてカテゴリ化した。

5) 各事例の方法2.1)2)と3)の受持ち看護師が大切にしていたこと、4)で追加された有用な支援内容を筆頭筆者が内容の類似性を確認して統合した。さらに、方法2.3)で受持ち看護師が感じていた地域移行支援上の困難と4)で追加された課題を筆頭筆者が内容の類似性を確認して統合した。

6) 方法2.5)で統合された課題を病棟職員間で共有し、課題解決のための支援内容について意見交換した。意見交換で話し合われた内容をデータとし、意味内容が読み取れる範囲をひとまとまりとして要約した。要約した内容をコードとしてカテゴリ化した。

7) 方法2.5)で統合された有用な支援と方法2.6)で整理された課題解決のための支援内容から意味内容の類似性に従って分類し、支援案を作成した。

3. 精神療養病棟で勤務する看護師の地域移行支援上の困難の明確化による支援案の修正

1) X病棟に勤務する看護師に面談を行い、受持ち患者の意思を尊重して地域移行支援を行う上での困難について聞き取り、データとした。語られた内容を逐語録に起こし、意味内容が読み取れる範囲をひとまとまりとして区切り、要約した内容をコードとしてカテゴリ化した。

2) 方法 3.1) で整理された困難を解決するための支援内容が支援案に含まれているか検討し、支援案の追加と修正を筆頭筆者が行った。追加と修正から精神療養病棟における患者の意思を尊重した地域移行支援の方策を考案した。

4. 倫理的配慮

研究協力を依頼するにあたり、研究目的と方法、倫理的配慮（個人の自由意思によるもので強制されないこと、研究に協力しない場合でも不利益は生じないこと、プライバシーが守られること）を口頭と書面で説明し、十分な理解が得られたうえで書面にて研究協力の同意を得た。

なお、本研究は岐阜県立看護大学大学院看護学研究科論文倫理審査部会の承認（通知番号 27-A006M-2、2015年6月承認）を得て実施した。

IV. 結果

1. 精神療養病棟から退院した事例の振り返りによる支援案の作成

1) 精神療養病棟から退院した事例のカルテから分類された看護内容

(1) 対象者の概要

2013年度にX病棟を退院し、退院後に病院関連施設を利用して患者2名（A氏、B氏）を対象とした。A氏は女性、60歳代後半で双極性感情障害の診断を受けて3回目の入院をしていた。精神科急性期治療病棟からX病棟に転棟し、約10か月の入院期間の後、退院して約1年が経過していた。B氏は男性、40歳代後半で統合失調症の診断を受けて2回目の入院をしていた。精神科急性期治療病棟から閉鎖精神療養病棟、さらにX病棟に転棟し、約2年半の入院期間の後、退院して5ヶ月が経過していた。

X病棟に転入してから退院するまでの期間に実施されていた看護内容を〔 〕で示す。（ ）内の記号は今後の結果を分かりやすくするために記した記号である。

(2) A氏に行われていた看護内容

A氏の看護記録から、14の看護内容に分類できた。

看護師は日中の眠気を訴えているA氏に対して〔睡眠状況の確認(A-1)〕や〔日中活動の促し(A-2)〕、主治医への〔内服薬の調整依頼(A-3)〕を行っていた。また、他患者から借金をしていたこと等から〔金銭の使用状況確認(A-4)〕や〔金銭の使用計画を一緒に検討(A-5)〕〔家族も含めて金銭の使用計画を検討(A-6)〕〔段階的な現金自己管理の

実施(A-7)〕を行っていた。さらに、〔内服自己管理方法の説明(A-8)〕も行われていた。また、今後の生活について悩んでいる時には〔入院のきっかけとなった経緯を傾聴(A-9)〕し、〔いつでも誰にでも話して良いことを説明(A-10)〕していた。退院支援委員会において〔多職種で退院困難な理由を確認(A-11)〕し、A氏が自ら生活訓練施設の質問をした際には〔患者の関心に合わせて支援サービスの見学や体験を実施(A-12)〕できるように関連職種へ連絡していた。施設体験後には〔施設体験の内容や感想を確認(A-13)〕〔施設体験後の精神状態の観察(A-14)〕が行われていた。

(3) B氏に行われていた看護内容

B氏の看護記録から、23の看護内容に分類できた。

看護師は転入後の慣れない環境で不眠状態になっていたB氏に対して〔転入後の精神状態の観察(B-1)〕を行い、〔睡眠がとれるように内服の促し(B-2)〕や〔日中活動の促し(B-3)〕を行っていた。B氏は洗濯の実施等には声掛けが必要であり、〔セルフケアの促し(B-4)〕も行われていた。また、精神症状の悪化時には〔精神症状悪化の原因をアセスメント(B-5)〕〔精神症状への対処方法を確認(B-6)〕〔幻聴と現実の違いを一緒に確認(B-7)〕〔内服と休息の促し(B-8)〕〔内服効果の確認(B-9)〕を通して精神症状を整え、精神症状に自己対処できるように関わっていた。退院したい思いをもつ一方で退院後の心配をしていたB氏に対し、〔今後の生活の希望や不安の確認(B-10)〕を行い、〔患者の今後の希望を家族と共有(B-11)〕し、〔家族が抱く今後の不安の確認(B-12)〕が行われていた。さらに、家族の不安に応じて〔患者と家族へ社会資源の紹介(B-13)〕〔家族へ移行支援内容と方法の説明(B-14)〕を行っていた。また、〔家族が希望する支援内容を患者と共有(B-15)〕することや〔患者の取り組み努力を家族と共有(B-16)〕していた。施設体験後には〔施設体験の内容や感想、疑問の確認(B-17)〕〔施設体験後の精神状態の観察(B-18)〕〔施設体験中の様子を施設職員と共有(B-19)〕〔施設体験の進め方を患者と一緒に検討(B-20)〕していた。さらに、〔服薬教室の振り返り(B-21)〕〔段階的な服薬自己管理(B-22)〕が行われ、退院時には〔退院先の多職種とのカンファレンス(B-23)〕を行っていた。

2) 精神療養病棟から退院した事例に行われていた看護の追加内容

病棟職員と筆頭筆者間で2名に行われていた具体的な看護内容について自由に意見交換した。意見交換された内容を分類し、結果1. 1) (2) (3) に含まれていなかった内容を看護の追加内容とし、〔 〕で示した。

(1) A氏に行われていた看護の追加内容

病棟職員はA氏が普段はよく話すか抑うつ傾向になると話さなくなる等の〔コミュニケーションの特徴を捉えた関わり(A-15)〕を行っていた。また、受給している年金の範囲で金銭管理ができるように、〔患者の経済状況の確認(A-16)〕をしていた。施設体験の前にはA氏の〔興味に合わせた施設体験内容の検討(A-17)〕をし、体験後には〔施設体験中の様子を施設職員と共有(A-18)〕していた。また、入院中から〔精神症状の悪化に対する自己対処方法の確認(A-19)〕が行われていた。

(2) B氏に行われていた看護の追加内容

病棟職員は転入直後で落ち着かないB氏に対して〔精神症状を落ち着けるために話を傾聴(B-24)〕していた。また、〔退院を困難にしていた要因の状況変化を多職種に確認(B-25)〕し、退院に向けて具体的な支援が開始できるか判断していた。支援を具体的に進める一方で、B氏に自信がないときにはB氏に合わせて支援のペースを遅らせる等の〔患者の自信に合わせた支援の検討(B-26)〕が行われていた。

3) 精神療養病棟を退院した事例の受け持ち看護師が地域移行支援で大切にしていたことや支援上の困難

A氏とB氏の受け持ち看護師に地域移行支援で大切にしていたことや困難を面談で聞き取り、整理されたカテゴリを〔 〕と〈 〉で示す。

(1) A氏の受け持ち看護師が大切にしていたことや困難

大切にしていたことは、〔希望を大切にされた支援(A-20)〕〔希望したタイミングでの支援(A-21)〕〔看護師間の情報共有(A-22)〕〔精神保健福祉士(以下、PSW)との協力(A-23)〕〔家族との関係をもつ(A-24)〕の5つであった。困難として、〈患者に対して退院できる印象がもてない(a-1)〉〈患者の希望が非現実的(a-2)〉〈入院前の生活状況が分からず、目標設定が困難(a-3)〉〈セルフケアができていない(a-4)〉〈受け持ち看護師1人に任せられる戸惑い(a-5)〉〈患者や家族と退院に向けて話し合う機会がない

(a-6)〉〈多機関多職種との情報共有方法が不明(a-7)〉の7つを感じていた。

(2) B氏の受け持ち看護師が大切にしていたことや困難

大切にしていたことは、〔転入時に看護計画の評価・修正(B-27)〕〔患者の自信に繋がる関わり(B-28)〕〔自信に合わせた支援(B-29)〕〔患者を「やればできる」と認識した関り(B-30)〕〔支援に伴う不安の確認(B-31)〕〔職員全員で患者を観察(B-32)〕〔患者の努力を家族と共有(B-33)〕〔精神症状への自己対処に向けた支援(B-34)〕〔家族と話し合う内容を患者と検討(B-35)〕〔支援内容・状況を家族と共有(B-36)〕〔家族の希望を確認(B-37)〕〔PSWと情報共有(B-38)〕の12内容であった。

困難として、〈生活訓練施設の利用可能条件が不明(b-1)〉〈看護師が多機関多職種の集まるカンファレンスを開催できていない(b-2)〉があった。

4) 精神療養病棟を退院した事例の地域移行支援内容と課題の検討

病棟職員と筆頭筆者でカルテから整理された看護内容と意見交換によって追加された看護内容、受け持ち看護師が感じた地域移行支援上の大切にしていたことや困難を基に、地域移行に有用であった支援内容と課題の意見交換を行った。意見交換された内容から新しく追加する必要がある支援内容と課題を整理した。整理されたカテゴリは〔 〕と〈 〉で示す。

(1) 意見交換により追加されたA氏に行われていた地域移行支援内容と課題

睡眠状況を整えて日中活動を促すことは、他者と関わる機会が増加し退院に興味を持つきっかけとなった等、結果1. 1) (2)、2) (1)、3) (1) で整理された看護内容は有用であったと共有された。意見交換により新しく追加された地域移行支援内容は5カテゴリ、課題は4カテゴリに整理された。

追加が必要とされた支援内容は〔精神的休息がとれるようになってからセルフケアを支援(A-25)〕〔元来の性格を強みと捉えた対応(A-26)〕〔入院前の生活を基にしたセルフケア支援(A-27)〕〔患者の思いを看護師が代弁(A-28)〕〔ポジティブな励まし(A-29)〕であった。

対策の検討が必要になる課題内容は〈地域移行に興味を持つための支援不足(a-8)〉〈多機関多職種との情報共有不足(a-9)〉〈患者が専門職と関係を構築するための支援不足(a-10)〉〈多職種との看護計画内容の共有不足(a-11)〉であった。

(2) 意見交換により追加されたB氏に行われていた地域移行支援と課題

家族の考えを確認したことで家族の意向にも合った支援内容の検討に繋がった等、結果1.1) (3)、2) (2)、3) (2)で整理された看護内容は有用であったと共有された。意見交換により新しく追加された地域移行支援内容は7カテゴリ、課題は1カテゴリに整理された。

追加が必要とされた支援内容は「患者が困難に感じていることに焦点化した支援 (B-39)」[精神症状の一部分で患者を決めつけない (B-40)] [患者自身が精神症状の変化に気付ける関わり (B-41)] [退院支援を受けることで生じる不安や焦りの理解 (B-42)] [家族の協力に感謝を示す (B-43)] [家族と患者の病状を共有 (B-44)] [施設体験の目的と内容を患者と確認 (B-45)] であった。

対策の検討が必要になる課題として「退院後に支援の振り返りと評価ができていない (b-3)」が挙げられた。

5) 精神療養病棟から退院した事例に行われていた地域移行支援と課題の統合

(1) X病棟を退院した事例に行われていた地域移行支援

X病棟を退院した2名のカルテから整理された看護内容

と意見交換によって追加された看護内容、受持ち看護師が地域移行支援で大切にしていたこと、意見交換から追加された地域移行支援内容を整理し、表1に示した。整理された地域移行支援内容を〔 〕で示す。

整理された地域移行支援内容は〔患者のコミュニケーションの特徴を捉えた関わり〕〔患者の強みを捉え、尊重した関わり〕〔転入時に看護計画の評価・修正〕〔活動と休息のバランスを整える支援〕〔精神症状安定に向けた支援〕〔入院前の生活を基にしたセルフケア支援〕〔段階的な金銭自己管理の実施〕〔段階的な内服自己管理の実施〕〔患者が自ら精神症状に対処できるための支援〕〔家族との関係構築〕〔家族に支援の内容と状況を説明〕〔患者の希望や不安を確認〕〔家族の希望や不安を確認〕〔患者・家族それぞれの希望を共有〕〔社会資源の紹介〕〔患者が希望や興味を示したときに移行支援を具体化〕〔移行支援の目的や内容、進め方を患者と一緒に検討〕〔患者の自信に合わせた移行支援〕〔移行支援に伴う精神症状の変化を確認〕〔移行支援に伴う不安や焦りを理解〕〔患者の努力を家族と共有〕〔多機関多職種と情報を共有〕〔多職種で退院困難な理由を確認〕〔多機関多職種と共に退院カンファレンスを実施〕の24項目

表1 精神療養病棟を退院した事例に行われていた地域移行支援内容

整理された地域移行支援内容	2事例に行われていた地域移行支援内容 (A-1～29, B-1～45)
1. 患者のコミュニケーションの特徴を捉えた関わり	A-10, A-15
2. 患者の強みを捉え、尊重した関わり	A-20, A-26, B-30, B-40
3. 転入時に看護計画の評価・修正	B-1, B-27, B-39
4. 活動と休息のバランスを整える支援	A-1, A-2, A-3, A-25, B-2, B-3
5. 精神症状安定に向けた支援	A-9, B-5, B-7, B-8, B-9, B-24
6. 入院前の生活を基にしたセルフケア支援	A-27, B-4
7. 段階的な金銭自己管理の実施	A-4, A-5, A-6, A-7, A-16
8. 段階的な内服自己管理の実施	A-8, B-21, B-22
9. 患者が自ら精神症状に対処できるための支援	A-19, B-6, B-34, B-41
10. 家族との関係構築	A-24, B-43
11. 家族に支援の内容と状況を説明	B-14, B-36, B-44
12. 患者の希望や不安を確認	B-10
13. 家族の希望や不安を確認	B-12, B-37
14. 患者・家族それぞれの希望を共有	A-28, B-11, B-15, B-35
15. 社会資源の紹介	B-13
16. 患者が希望や興味を示したときに移行支援を具体化	A-12, A-21
17. 移行支援の目的や内容、進め方を患者と一緒に検討	A-17, B-20, B-45
18. 患者の自信に合わせた移行支援	A-13, A-29, B-17, B-26, B-28, B-29
19. 移行支援に伴う精神症状の変化を確認	A-14, B-18
20. 移行支援に伴う不安や焦りを理解	B-31, B-42
21. 患者の努力を家族と共有	B-16, B-33
22. 多機関多職種と情報を共有	A-18, A-22, A-23, B-19, B-32, B-38
23. 多職種で退院困難な理由を確認	A-11, B-25
24. 多機関多職種と共に退院カンファレンスを実施	B-23

に整理された。

(2) X病棟を退院した事例の振り返りから明らかになった
地域移行支援上の課題の整理

X病棟を退院した2事例の受け持ち看護師が感じていた地域移行支援上の困難と意見共有によって追加された地域移行支援上の課題の整理を行った。整理された課題をくゝで示す。課題はく受持ち看護師1人に任される戸惑い(a-5)ゝ患者に対して退院できる印象が持てない(a-1)ゝ入院前の生活状況が分からず、目標設定が困難(a-3、4)ゝ患者の希望の把握が困難(a-2)ゝ地域移行に興味を持つための支援不足(a-8)ゝ多機関多職種との情報共有不足(a-7、9、11、b-1、2)ゝ患者や家族と退院に向けて話し合う機会がない(a-6)ゝ患者が専門職と関係を構築するための支援不足(a-10)ゝ退院後に支援の振り返りと評価が行えていない(b-3)ゝの9項目であった。

6) X病棟を退院した事例の振り返りから明らかになった
地域移行支援上の課題解決に向けた支援内容の検討

(1) X病棟を退院した2事例に行われていた地域移行支援
上の課題解決に向けた支援

病棟職員と筆頭筆者で、X病棟を退院した事例の振り返りから明らかになった地域移行支援上の9項目の課題を解決するために、表1で整理された精神療養病棟を退院した事例に行われていた地域移行支援内容で対応可能か検討を行った。

検討では、く受持ち看護師1人に任される戸惑い(a-5)ゝに対して〔多機関多職種と情報を共有(表1-22)〕〔多職種で退院困難な理由を確認(表1-23)〕することで受持ち看護師が一人で支援を考えて実践しなくてはならないという心理的負担の軽減に繋がる等の意見があった。く退院後に支援の振り返りと評価が行えていない(b-3)ゝに対しては、表1で整理された地域移行支援内容では対応できなかった。しかし、「退院時にサマリーを記入して振り返りと評価を行い、退院時カンファレンスでも評価ができるような仕組みはあるため、改めて意識をして評価する必要がある」と意見が出された。また、く地域移行に興味を持つための支援不足(a-8)ゝく患者が人間関係を構築するための支援不足(a-10)ゝも表1の地域移行支援内容では対応できなかった。これらについて具体的な課題解決のための支援内容をさらに検討した。他の5項目の課題は表1で整理された地域移行支援内容で対応できると検討された。

(2) 地域移行に興味をもつための支援内容の検討

く地域移行に興味を持つための支援不足(a-8)ゝに必要な支援を検討した。検討から整理された追加支援を〔 〕で示す。「精神症状が急性期を脱し、患者が退院を現実的に考えられる時期かアセスメントする必要がある」や「家族が退院を考えていないことで諦めている患者もいる」等の意見が出され、〔地域移行について現実的に考えられるかアセスメント〕〔自立度に合わせたセルフケア支援〕〔今後の生活についての積極的な話し合い〕〔実際に退院した人の生活の様子を情報提供〕〔患者や家族に地域移行の社会的現状を情報提供〕が追加支援として整理された。

(3) 患者が専門職と関係を構築するための支援内容の検討

く患者が専門職と関係を構築するための支援不足(a-10)ゝに必要な支援の検討では、「相談相手として退院後利用する施設の職員と事前に顔合わせを行う」等の意見が出され、〔利用する施設の職員との顔合わせの実施〕〔職員の役割を説明〕を追加支援内容とした。

7) 精神療養病棟における患者の意思を尊重した地域移行
支援案の作成

精神療養病棟を退院した事例に行われていた地域移行支援内容(表1)と支援の振り返りから検討された地域移行支援上の課題を解決するための支援内容を整理し、表2に示す通り支援案を作成した。

整理された支援案は【①患者の強みや特徴を捉える】【②転入時に看護計画の評価・修正を行う】【③患者のセルフケアを整える】【④患者と家族の希望や不安を確認し対応する】【⑤患者の地域移行に対する興味を高める】【⑥患者が興味を示した時に支援に繋げる】【⑦患者の自信に合わせて支援内容を一緒に検討する】【⑧移行支援を受けることで生じる不安を理解して関わる】【⑨患者が自ら精神症状に対処できるように関わる】【⑩家族も巻き込んで支援する】【⑪患者と関係する多職種との関係構築を支援する】【⑫患者や院内外の多職種間で支援の目的や内容、情報を共有する】の12項目であった。

2. 精神療養病棟に勤務する看護師の困難の明確化による
支援案の修正

1) 精神療養病棟に勤務する看護師が感じている患者の意
思を尊重した地域移行支援上の困難

X病棟に1年以上入院している患者の受け持ち看護師に個別面談を行い、受け持ち患者の地域移行支援上の困難を確認

表2 精神療養病棟における患者の意思を尊重した地域移行支援案

地域移行支援案を導き出すために検討された支援内容	支援案
<ul style="list-style-type: none"> ・患者のコミュニケーションの特徴を捉えた関わり (1) ・患者の強みを捉え、尊重した関わり (2) 	①患者の強みや特徴を捉える
<ul style="list-style-type: none"> ・転入時に看護計画の評価・修正 (3) 	②転入時に看護計画の評価・修正を行う
<ul style="list-style-type: none"> ・活動と休息のバランスを整える支援 (4) ・精神症状安定に向けた支援 (5) ・入院前の生活を基にしたセルフケア支援 (6) ・段階的な金銭自己管理の実施 (7) ・段階的な内服自己管理の実施 (8) 	③患者のセルフケアを整える
<ul style="list-style-type: none"> ・患者の希望や不安を確認 (12) ・家族の希望や不安を確認 (13) ・患者・家族それぞれの希望を共有 (14) ・社会資源の紹介 (15) 	④患者と家族の希望や不安を確認し対応する
<ul style="list-style-type: none"> ・地域移行について現実的に考えられるかアセスメント (i) ・自立度に合わせたセルフケア支援 (i) ・今後の生活についての積極的な話し合い (i) ・実際に退院した人の生活の様子を情報提供 (i) ・患者と家族に地域移行の社会的現状を情報提供 (i) 	⑤患者の地域移行に対する興味を高める
<ul style="list-style-type: none"> ・患者が希望や興味を示したときに移行支援を具体化 (16) 	⑥患者が興味を示した時に支援に繋げる
<ul style="list-style-type: none"> ・移行支援の目的や内容、進め方を患者と一緒に検討 (17) ・患者の自信に合わせた移行支援 (18) 	⑦患者の自信に合わせて支援内容を一緒に検討する
<ul style="list-style-type: none"> ・移行支援に伴う精神症状の変化を確認 (19) ・移行支援に伴う不安や焦りを理解 (20) 	⑧移行支援を受けることで生じる不安を理解して関わる
<ul style="list-style-type: none"> ・患者が自ら精神症状に対処できるための支援 (9) 	⑨患者が自ら精神症状に対処できるように関わる
<ul style="list-style-type: none"> ・家族との関係構築 (10) ・家族に支援の内容と状況を説明 (11) ・患者の努力を家族と共有 (21) 	⑩家族も巻き込んで支援する
<ul style="list-style-type: none"> ・利用する施設の職員との顔合わせを実施 (ii) ・職員の役割を説明 (ii) 	⑪患者と関係する多職種との関係構築を支援する
<ul style="list-style-type: none"> ・多機関多職種と情報を共有 (22) ・多職種で退院困難な理由を確認 (23) ・多機関多職種と共に退院カンファレンスを実施 (24) 	⑫患者や院内外が多職種間で支援の目的や内容、情報を共有する

* () 内の数字は表1の「整理された地域移行支援内容」を、(i) は結果1.6) (2)、(ii) は結果1.6) (3) の内容を示す

表3 精神療養病棟入院中の患者の受持ち看護師が感じている地域移行支援上の困難

カテゴリ	語られた困難や課題の要約 (一部抜粋)
1. 患者から希望や思いの語りがないと関係が未構築だと捉え、看護師から詳しく話せない	<ul style="list-style-type: none"> ・患者から希望や思いが語られないと、看護師からは聞けない ・患者から反応がないと話し合う関係が未構築だと思い、話せない ・入院が長引くことを心配して、患者から施設体験や地域移行支援で心配していることを話さない
2. 患者が現状からの変化を求めておらず退院を勧められない	<ul style="list-style-type: none"> ・患者は一生入院しているつもりはないと思うが、現状にも満足していると思っている ・患者は退院を急いでいない様子なので、看護師も急がなくて良いと思ってしまう ・今後の話をしても、「楽だから病院が良い」と言われてしまう
3. 入院を繰り返した経験から、患者自身が退院できないと思っている	<ul style="list-style-type: none"> ・患者から「(退院しても) やれない」とか、「できない」と言われる ・今後の話をしても「前ダメだったから」と以前のことを言われる ・Eさん自身に退院して自活していく発想がない
4. 患者の退院意思が日によって異なる	<ul style="list-style-type: none"> ・「援護寮に行く」と言った直後に断り、気持ちが続かない
5. 主治医や家族が退院に消極的になっている	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医も家族も急いで退院させようと思っていない ・家族と一緒に住めないと言っている ・母の中でも、E氏は病院に居る人と捉えている ・移行支援前の姉の反応は否定的だった
6. 家族の思いや家族関係が分からない	<ul style="list-style-type: none"> ・父親と話す機会がなく、父の患者に対する思いが分からない ・患者以外の家族同士の関係性が分からない
7. 家族が入院時に抱いた感情を整理できているのか分からない	<ul style="list-style-type: none"> ・兄には入院時の一番ひどい時の記憶が残っていると思うが、今の患者に対する思いは分からない ・入院時の家族のショックが家族の中で解決しているのか、まだ悩みがあるのか分からない
8. 他職種の支援内容が分からない	<ul style="list-style-type: none"> ・PSWの支援内容や把握している情報が分からない
9. 幻覚妄想症状がある	<ul style="list-style-type: none"> ・幻覚妄想がありながら自分で生活することが難しい
10. 内服自己中断リスクへの看護師の不安	<ul style="list-style-type: none"> ・内服忘れから妄想が強まっていた。内服できるかが問題だと思う ・以前に怠棄していた。内服自己管理ができるか分からない
11. 地域移行支援によって精神症状の悪化やQOLの低下に繋がるのではないかと看護師の不安	<ul style="list-style-type: none"> ・施設体験後に患者が依存的にならないか心配していた ・患者が退院することでQOLが低下するのではないかと考え、退院支援をする必要があるのか悩む
12. 患者の状態に応じた地域移行支援方法が分からない	<ul style="list-style-type: none"> ・セルフケア能力の高い患者に対して他に何をすれば良いか分からない ・宿泊体験中にできる支援内容が分からない
13. 地域移行支援に対する看護師のモチベーションが低下している	<ul style="list-style-type: none"> ・支援をしても患者に変化がないと看護師のモチベーションが下がる

し、整理した結果を表3に示した。対象の受持ち看護師は地域移行の目的が立っている患者とそうでない患者、地域移行に向けた意思を言語で表現している患者とそうでない患者が含まれるように病棟師長と検討して候補を挙げ、4名の看護師と面談を行った。要約した内容のカテゴリを《 》で示す。

看護師は《患者から希望や思いの語りがないと関係が未構築だと捉え、看護師から詳しく話を聞けない》《患者が現状からの変化を求めておらず退院を勧められない》《入退院を繰り返した経験から、患者自身が退院できないと思っている》《患者の退院意思が日によって異なる》ことを挙げ、患者が諦めや戸惑いにより一貫した言動を示さないこと自体を支援上の困難と捉えていた。さらに《主治医や家族が退院に消極的になっている》ことや《家族の思いや家族関係が分からない》《家族が入院時に抱いた感情を整理できているのか分からない》《他職種の支援内容が分からない》ことにも困難さを感じていた。また、患者自身に《幻覚妄想症状がある》ことや《内服自己中断リスクへの看護師の不安》《移行支援によって精神症状の悪化やQOLの低下に繋がるのではないかという看護師の不安》から支援を行うことへの戸惑いが生じたり、《患者の状態に応じた地域移行支援方法が分からない》こと《地域移行支援に対する看護師のモチベーションが低下している》困難もあった。

2) 支援案の追加修正による地域移行支援の方策の考案

4名の看護師が地域移行支援上の困難として語った13カテゴリ(表3)に対して、支援案(表2)で解決が可能であるか筆頭筆者が検討した。課題解決のために新しく必要と考えられる支援を追加し、精神療養病棟における患者の意思を尊重した地域移行支援の方策を表4に示すように考案した。

《患者が現状からの変化を求めておらず退院を勧められない》《入退院を繰り返した経験から、患者自身が退院できないと思っている》《患者の退院意思が日によって異なる》に対しては支援案⑤を用いて患者と退院後の生活を考える関わりを持つことや患者の思いの変化に働きかけることができると考えた。《主治医や家族が退院に消極的になっている》や《家族の思いや家族関係が分からない》《他職種の支援内容が分からない》に対しては支援案⑫を用いて多職種間で患者や家族の情報を共有したり支援の目的を確認することで対応できると検討した。《幻覚妄想症状がある》には支

援案③を用いて精神症状の安定に向けて関わり、支援案④を用いて精神症状がありながらも安心して生活できるための社会資源の活用に向けた働きかけができるとした。

《内服自己中断リスクへの看護師の不安》や《移行支援によって精神症状の悪化やQOLの低下に繋がるのではないかという看護師の不安》《患者の状態に応じた地域移行支援方法が分からない》《地域移行支援に対する看護師のモチベーションが低下している》困難には、受持ち看護師1人で不安を解消し支援内容を検討すること、モチベーションを維持することに限界があった。これらを解決するための支援は支援案に含まれていなかったため、【**15** 看護チームとして受持ち看護師を支援する体制を整える】内容が必要になると考えられた。さらに、患者と受持ち看護師の関係を構築する支援は考案されておらず、《患者から希望や思いの語りがないと関係構築できていないと捉え、看護師から詳しく話を聞けない》を解決するための支援として、【**4** 希望や思いを話し合える患者-看護師関係を構築する】支援が必要になった。家族を巻き込んで患者に支援を行うことは支援案⑩として考えられていたが、家族の心理状態を確認して家族も支援の対象として捉えることは考えられていなかったため、《家族が入院時に抱いた悩みや感情を整理できているのか分からない》を解決するための支援として【**5** 家族が患者の今後について考えられる状態であるかアセスメントする】ことが支援として必要になった。

表4 精神療養病棟における患者の意思を尊重した地域移行支援

① 患者の強みや特徴を捉える
② 転入時に看護計画の評価・修正を行う
③ 患者のセルフケアを整える
④ 希望や思いを話し合える患者-看護師関係を構築する
⑤ 家族が患者の今後について考えられる状態であるかアセスメントする
⑥ 患者と家族の希望や不安を確認する
⑦ 患者の地域移行に対する興味を高める
⑧ 患者が興味を示した時に具体的支援に繋げる
⑨ 患者の自信に合わせて支援内容を一緒に検討する
⑩ 移行支援を受けることで生じる不安を理解して関わる
⑪ 患者が自ら精神症状に対処できるように関わる
⑫ 家族も巻き込んで支援する
⑬ 患者と関係する多職種との関係構築を支援する
⑭ 患者や院内外の多職種間で支援の目的や内容、情報を共有する
⑮ 看護チームとして受持ち看護師を支援する体制を整える

* 表中の下線部は支援案から新しく追加された内容を示す

V. 考察

1. 精神療養病棟における地域移行支援の困難さ

精神療養病棟では、精神症状が落ち着き病棟内でのセルフケア能力が高い患者が多く入院している。そのため、問題解決モデルによるアセスメントでは病棟生活上に問題は見当たらず、患者の現状に応じた支援を行う難しさがあった。実際に、「セルフケア能力の高い患者に対して他に何をすれば良いか分からない」等と《患者の状態に応じた地域移行支援方法が分からない(表3-12)》困難を抱えていた。中澤(2005)は入院生活に適応し安定しているように見える患者が次第に看護師の視野から消えていくと説明しており、精神症状が安定し本来であれば地域移行支援の対象となる患者であっても地域移行に向け新たな支援が必要な患者と捉えることへの困難があると考えられた。また、入院が長期化していることから入院前の生活状況が分からず、目標設定が困難(a-3、4)と感じており、支援内容を評価する難しさもあると考えた。さらに、《主治医や家族が退院に消極的になっている(表3-5)》や《内服自己中断リスクへの看護師の不安(表3-10)》《移行支援によって精神症状の悪化やQOLの低下に繋がるのではないかという看護師の不安(表3-11)》など、継続している治療や看護を変化させることへの不安感も従来通りの看護を継続させることになり、地域移行に向け新たな支援が必要な患者と捉えることへの困難に影響を与えると考えた。患者に必要な看護を実践・評価できていないことが多く患者に対して退院できる印象が持てない(a-1)ことや《地域移行支援に対する看護師のモチベーションが低下している(表3-13)》ことにも繋がっていたといえる。

入院が長期化することで患者は入院生活に適応せざるを得ないことが示されており(石川, 2011)、患者は適応した入院生活から更に変化することへの諦めや戸惑いがあると考えられる。加えて、看護師はく地域移行に興味を持つための支援不足(a-8)やく患者や家族と退院に向けて話し合う機会がない(a-6)と感じており、地域移行に向けた患者の意思決定を支える困難さがあると考えられた。

長期入院統合失調症患者の家族が退院を受け入れる心理プロセスとして、家族は医療職者からの退院の勧めに対して最初は動揺し、病院に居て欲しいと思うプロセスを経て普通の生活に戻してやりたい思いを抱き、退院や地域生活を受け止めることができるとされている(香川ら, 2009)。

家族が動揺を示したり、病院に居ることを求めると看護師は《主治医や家族が退院に消極的になっている(表3-5)》や《家族が入院時に抱いた感情を整理できているのか分からない(表3-7)》等と家族を捉え、それ以上は地域移行に向けて積極的に家族と話し合う時間を持たずにいた。そのため、患者への地域移行支援も中断されると考えられた。さらに、精神障害者の家族の負担は家族が精神疾患と診断された驚きや罪悪感等の心理的負担だけではなく、身体症状の出現や持病の悪化、長期の療養に伴い家族も高齢になっていく等の身体的負担もあり(宮崎ら, 2001、甘佐, 2001、石川ら, 2003、濱田ら, 2007、田中ら, 2008)、面会に来ることさえ難しい家族もいる。そのため、家族に対して継続的に支援を行う困難さがあると考えられた。

2. 精神療養病棟における患者の意思を尊重するための地域移行支援

精神療養病棟における地域移行支援の困難さを踏まえて考案した患者の意思を尊重するための地域移行支援について考察する。

1) 地域移行に向け新たな支援が必要な患者と捉える

症状や問題中心の捉え方は看護師の関心をとりあえず目に見えた問題に集中させてしまい、長期入院患者の社会復帰を阻害する(石橋ら, 2002)ため、【①患者の強みや特徴を捉える】ことは問題が見えづらく従来通りの看護が行われていた精神療養病棟の患者に必要なである。さらに、患者の強みや特徴を捉えた上で【②転入時に看護計画の評価・修正を行う】ことが地域移行に向け新たな支援が必要な患者と捉え直し、看護を実践することに繋がると考えられた。

また、看護師は長期入院統合失調症患者の退院を支援する際に患者のセルフケアレベルから社会適応能力を見定めており(香川, 2013)、【③患者のセルフケアを整える】こと【④患者が自らの精神症状に対処できるように関わる】ことは地域生活を視野に入れた支援に影響を与えると考えられた。

2) 地域移行に向けた患者の意思決定を支える

地域移行に向けた患者の意思決定を支えるためには、まず、患者の変化への諦めや戸惑いを軽減させる必要がある。専門職から退院に向けた意向の問いかけをすることや患者が自らの言葉で希望や意思を表現できる機会を作ることとは患者が退院を考えるきっかけとなる(大熊, 2008)た

め、【4】希望や思いを話し合える患者—看護師関係を構築する】こと、【6】患者と家族の希望や不安を確認する】ことは患者が変化に向けて思考を始める支援として有用であると考えられる。また、患者が退院希望を言語化するかどうかには患者と医療者の信頼関係が影響する（石川，2011）ため、患者—看護師関係を通して信頼関係構築に向けた努力も必要である。

【7】患者の地域移行に対する興味を高める】ことや【8】患者が興味を示した時に具体的支援に繋げる】ことは厚生労働省の「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」にある退院に向けた意欲の喚起と類似する内容であり、地域生活への移行を促進するために重要な支援である。さらに、慢性統合失調症患者は自らの判断による行為を経験することで生活の中での目標を見出し意思決定していく（藤野，2014）過程があり、【9】患者の自信に合わせて支援内容を一緒に検討する】ことは患者が自分で支援を決めて取り組むことに繋がると考えられた。その時には、患者自身の変化への諦めや戸惑いを受けとめるために【10】移行支援を受けることで生じる不安を理解して関わる】ことが必要である。

長期入院患者の退院支援では患者を中心に連携することが必要（高橋ら，2006）と示されており、【13】患者と関係する多職種との関係を構築する】ことも重要である。さらに、精神科ガイドライン（2011）には早期の退院・社会復帰を目指すためには入院当初から多職種によるチーム医療が重要になると示されており、【14】患者や院内外の多職種間で支援の目的や内容、情報を共有する】ことは精神療養病棟でも必要な支援であると考えられた。また、精神科での入院の長期化を防止する看護として入院期間を考慮したケアの検討が必要とされている（葛谷，2013）ため、検討ができるような【15】看護チームとして受け持ち看護師を支援する体制を整える】ことも必要となる。

3) 家族に対して継続的に支援を行う

患者が退院の意思を決定する阻害要因として家族の反対や患者が家族に遠慮していることがある（香川，2013）ため、患者が意思決定をするためにも家族に支援を行う必要がある。家族は患者の入院に伴い心理的にも身体的、社会的にも負担を感じているため、【5】家族が患者の今後について考えられる状態であるかアセスメント】し、家族の状態に応じて【6】患者と家族の希望や不安を確認する】

ことは重要である。また、家族は、否定的と受け止められる反応を示した場合でもその後の支援によって現実に向き合い退院を受け入れていくため（香川ら，2009）、時間をかけて【12】家族も巻き込んで支援する】必要がある。

VI. おわりに

精神療養病棟における患者の意思を尊重した地域移行支援上の3つの困難が整理され、15の支援が考案された。

地域移行に向け新たな支援が必要な患者と捉えることへの困難には、【1】患者の強みや特徴を捉える】【2】転入時に看護計画の評価・修正を行う】【3】患者のセルフケアを整える】【11】患者が自らの精神症状に対処できるように関わる】支援が考えられた。

地域移行に向けた意思決定を支える困難への支援として、【4】希望や思いを話し合える患者—看護師関係を構築する】【6】患者と家族の希望や不安を確認する】【7】患者の地域移行に対する興味を高める】【8】患者が興味を示した時に具体的支援に繋げる】【9】患者の自信に合わせて支援内容を一緒に検討する】【10】移行支援を受けることで生じる不安を理解して関わる】【13】患者と関係する多職種との関係を構築する】【14】患者や院内外の多職種間で支援の目的や内容、情報を共有する】【15】看護チームとして受け持ち看護師を支援する体制を整える】ことが考えられた。

家族に対して継続的に支援を行う困難には、【5】家族が患者の今後について考えられる状態であるかアセスメント】【6】患者と家族の希望や不安を確認する】【12】家族も巻き込んで支援する】が対応した。

謝辞

本研究にご理解ご協力を賜りました対象の皆様、病院職員の方々に深く感謝申し上げます。また、本研究をご指導頂いた先生方に心より感謝申し上げます。

本研究は平成28年度岐阜県立看護大学大学院看護学研究科の修士論文の一部に加筆し修正を加えたものである。なお、本研究における利益相反は存在しない。

文献

- 甘佐京子, 泊祐子. (2006). 若い統合失調症患者をもつ父母の生活困難および家族機能. 家族看護学研究, 12(1), 11-21.
- 藤野清美. (2014). 慢性期統合失調症患者の地域生活の定着に向けた意志決定過程. 日本精神保健看護学会誌, 23(1), 81-90.
- 濱田由紀, 田中美恵子, 横山恵子ほか. (2007). 長期入院精神障害者の家族の経験—退院促進及び地域生活維持のために求められる家族への看護援助の検討—. 日本精神保健看護学会誌, 16(1), 49-59.
- 石橋照子, 川田良子, 曾田敦子ほか. (2002). 長期入院精神障害者の社会復帰への援助を阻害する看護者の捉えと態度. 日本看護学会誌, 11(1), 11-20.
- 石川かおり. (2011). 精神科ニューロングステイ患者の入院生活の体験. 岐阜県立看護大学紀要, 11(1), 13-24.
- 石川かおり, 岩崎弥生, 清水邦子. (2003). 家族のケア提供上の困難と対処の実態. 精神科看護, 30(5), 54-57.
- 石川かおり, 葛谷玲子. (2013). 精神科ニューロングステイ患者を対象とした退院支援における看護師の困難. 岐阜県立看護大学紀要, 13(1), 55-66.
- 香川美里, 越田美穂子, 大西美智恵. (2009). 長期入院統合失調症患者の家族が退院を受け入れる心理プロセス—同居と別居の差異—. 日本看護科学学会誌, 29(4), 88-97.
- 香川里美, 名越民江, 栗納由記子ほか. (2013). 長期入院統合失調症患者の退院支援に関する熟練看護師の看護実践のプロセス. 日本看護学会誌, 33(1), 61-70.
- 葛谷玲子, 石川かおり. (2013). 精神科急性期治療期間を超過した患者の入院長期化を防止するための看護. 岐阜県立看護大学紀要, 13(1), 29-39.
- 宮崎澄子, 岩崎弥生, 石川かおりほか. (2001). 精神障害者を家族にもつ男性家族員のケアの内容及びケア提供に伴う情緒的体験と対処. 千葉大学看護学部紀要, 23(7), 7-14.
- 中澤正夫. (2005). 精神看護のための50か条(初版)(pp. 67-68). 萌文社.
- 日本精神科看護技術協会政策・業務委員会. (2011). 精神科ガイドライン2011. 日本精神科看護技術協会.
- 大熊恵子. (2008). 統合失調症患者の退院後の生活場所に関する意思決定に影響する要因. 精神障害とリハビリテーション, 12(1), 73-80.
- 精神保健福祉白書編集委員会. (2016). 精神保健福祉白書2017年版 地域社会での共生に向けて(p. 213). 中央法規出版.
- 高橋香織, 片岡三佳, 長瀬義勝ほか. (2006). 精神疾患をもつ長期入院患者の社会復帰に向けての看護実践と課題(第二報)—職位による看護職の認識—. 岐阜県立看護大学紀要, 7(1), 11-19.
- 田中いずみ, 川中淑恵. (2008). 精神科外来に通院する患者を抱える家族の思いの検討—生活困難を有する状況で家族が話した内容—. 富山大学看護学会誌, 8(1), 11-19.
- 宇佐美しおり, 岡田俊. (2003). 精神障害者の地域生活を維持・促進させる急性期治療病棟における看護ケア 急性期ケアプロトコルの開発をめざして. 看護研究, 36(6), 493-504.

(受稿日 令和元年8月22日)

(採用日 令和2年1月27日)

Consideration of Discharge Support that Respects Patient's Opinion in the Long-term Psychiatric Ward (First Report)

Miku Takahashi and Makoto Fujisawa

Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

Abstract

The purpose of this study was to establish discharge support measures for a long-term psychiatric ward that are respectful of patients' opinions. As the first report on this article, it explores the nursing required for patients who are discharged from a long-term psychiatric ward, and the elements of discharge support that are respectful of patients' opinions about appropriate support.

A discharge support plan that is respectful of patients' opinions was developed from the review of two cases of patients discharged from a long-term psychiatric ward. Furthermore, we discussed with nurses and nursing aides whether the support plan could resolve difficulties experienced by primary nurses in the discharge of patients who have been hospitalized for a long time, and devised appropriate measures.

The case review yielded 12 items necessary for the development of support plans, including "understanding patient strengths and characteristics," and "fostering patient interest in discharge support." Difficulties experienced by primary nurses were categorized as 13 items, including "when the patient expresses no wishes or thoughts, the nurse-patient relationship is regarded as unformed, and the nurse cannot proactively address patient issues," and "the patient does not request a change in current status and cannot be discharged." We examined whether the 13 primary nursing items could be solved through the support plan, and 15 measures were devised to achieve this.

From the case review and discussion with nurses, three characteristics of discharge support in a long-term psychiatric ward were considered about "difficulty in identifying patients requiring new discharge support plan," "difficulty in supporting discharge-related patient decision-making," and "difficulty in providing continuous support to family."

Difficulty in identifying patients requiring new discharge support plan could be addressed by measures such as "understanding patient strengths and characteristics," and "evaluation and modification of nursing plans when a patient is transferred into the department." For difficulty in supporting discharge-related patient decision-making, supportive measures included "confirmation of patients' and family members' opinions and anxieties," and "fostering patient interest in discharge." In terms of difficulty in providing continuous support to family, countermeasures included "assessment of family members' readiness for the patient's future."

Key words: discharge support, respect for opinion, the long-term psychiatric ward